



**KOMMUNALER SOZIALVERBAND SACHSEN**  
 - Fachdienst 340 -  
 Reichsstraße 3  
 09112 Chemnitz

**RL Familienförderung  
Maßnahmen der assistierten  
Reproduktion**

**Antrag für Paare in nichtehelicher Lebensgemeinschaft**

auf Gewährung einer nicht rückzahlbaren Zuwendung auf der Grundlage der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29.03.2012, zuletzt geändert am 23.12.2015 und des Landesprogramms des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Unterstützung und Stärkung der sächsischen Familien (RL Familienförderung) vom 13.12.2018

**Bitte beachten Sie das Hinweisblatt zu diesem Antragsformular.  
Bitte füllen Sie das Antragsformular für beide Partner vollständig und richtig aus.  
Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.**

**Erstmalige Antragstellung**

**Folgeantrag zum Aktenzeichen**

340-89-800/

/

**1. Antragsteller**

<b>Partnerin</b>	<b>Partner</b>
Name, Vorname:	Name, Vorname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gemeinsamer Hauptwohnsitz bzw. Hauptwohnsitz der Antragstellerin	bei getrennten Hauptwohnsitzen: Hauptwohnsitz des Antragstellers
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Wohnort	Postleitzahl, Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer für Rückfragen:	Telefonnummer für Rückfragen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse für Rückfragen:	E-Mail-Adresse für Rückfragen:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenversicherung Antragstellerin:		Krankenversicherung Antragsteller:	
<input type="checkbox"/>	<b>gesetzlich</b> krankenversichert:	<input type="checkbox"/>	<b>gesetzlich</b> krankenversichert:
	Name der Krankenkasse:		Name der Krankenkasse:
	Versichertennummer:		Versichertennummer:
<input type="checkbox"/>	<b>privat</b> krankenversichert:	<input type="checkbox"/>	<b>privat</b> krankenversichert:
	Name der Krankenversicherung:		Name der Krankenversicherung:
	Versichertennummer:		Versichertennummer:
<input type="checkbox"/>	Anspruch auf <b>Beihilfe / Heilfürsorge</b> (nur für Privatversicherte und spezielle Beamtengruppen)	<input type="checkbox"/>	Anspruch auf <b>Beihilfe / Heilfürsorge</b> (nur für Privatversicherte und spezielle Beamtengruppen)
	Beihilfestelle:		Beihilfestelle:
	Personalnummer:		Personalnummer:
	Bemessungssatz:		Bemessungssatz:
<input type="checkbox"/>	Die oben genannte Krankenversicherung/ Beihilfe/Heilfürsorge <b>zahlt</b> mir zur Kinderwunschbehandlung einen Zuschuss in Höhe von <input type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/>	Die oben genannte Krankenversicherung/ Beihilfe/Heilfürsorge <b>zahlt</b> mir zur Kinderwunschbehandlung einen Zuschuss in Höhe von <input type="text"/> EUR

**2. Wir beantragen hiermit eine nicht rückzahlbare Zuwendung für eine**

	<b>IVF</b> <b>In-Vitro-Fertilisations-Behandlung</b>	<b>ICSI</b> <b>Intracytoplasmatische Spermieninjektions-</b> <b>Behandlung</b>
Erste Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweite Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dritte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Jeder Behandlungsversuch ist einzeln zu beantragen!

**3. Die Behandlung erfolgt im Kinderwunschzentrum:**

Name des Kinderwunschzentrums
<input type="text"/>
Anschrift des Kinderwunschzentrums ( Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
<input type="text"/>

#### 4. Finanzierungsplan

Tragen Sie bitte die Gesamtkosten der Maßnahme in die oberste Zeile ein. In den nächsten Zeilen sind die evtl. Erstattungen der Krankenkassen einzutragen und von der Gesamtsumme abzuziehen. Der verbleibende Selbstkostenanteil wird aufgeteilt zwischen Antragsteller und Zuwendungsgeber.

Gesamtausgaben		in EUR	Gesamtausgaben		in EUR
IVF- Behandlung			ICSI- Behandlung		
Davon übernehmen:			Davon übernehmen:		
gesetzliche Krankenversicherung			gesetzliche Krankenversicherung		
private Krankenversicherung			private Krankenversicherung		
Beihilfe/Heilfürsorge:			Beihilfe/Heilfürsorge:		
<b>verbleibender Selbstkostenanteil:</b>			<b>verbleibender Selbstkostenanteil:</b>		

Beantragte Zuwendung:		in EUR	Beantragte Zuwendung:		in EUR
<input type="checkbox"/>	1.-3. IVF: bis zu 25 % höchstens <b>750 EUR</b>		<input type="checkbox"/>	1.-3. ICSI: bis zu 25 % höchstens <b>900 EUR</b>	
<input type="checkbox"/>	4. IVF: bis zu 50 % höchstens <b>1.600 EUR</b>		<input type="checkbox"/>	4. ICSI: bis zu 50 % höchstens <b>1.800 EUR</b>	

#### 5. Erforderliche Nachweise

Dem Antrag haben wir beigefügt

<input type="checkbox"/>	<b>Nachweis des Hauptwohnsitzes im Freistaat Sachsen</b> gut lesbare Kopien der Personalausweise/Aufenthaltstitel beider Antragsteller (Vorder- und Rückseite) (Hinweis: Alternativ ist die Vorlage aktueller Meldebescheinigungen des Einwohnermeldeamtes möglich.)
<input type="checkbox"/>	<b>Kopie des Negativbescheides</b> bzw. der eventuellen Kostenübernahmeerklärung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfe/Heilfürsorgestelle für beide Antragsteller.
<input type="checkbox"/>	für Antragstellerin
<input type="checkbox"/>	für Antragsteller
<input type="checkbox"/>	einen für Antragstellerin und Antragsteller jeweils getrennten <b>Kostenvoranschlag</b> , aus dem die Gesamtkosten des beantragten Behandlungsversuches hervorgehen (einschließlich medikamentöser Behandlung, Labor- und Anästhesieleistungen)
<input type="checkbox"/>	<b>Erklärung der Ärztin/des Arztes zur Notwendigkeit der Durchführung der Behandlung</b> (soweit diese Erklärung nicht im Behandlungsplan bzw. Kostenvoranschlag enthalten ist)
<input type="checkbox"/>	<b>Bestätigung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt, dass eine festgefügte Partnerschaft vorliegt</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Anerkennung der Vaterschaft</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Nachweise über Art und Anzahl der bereits erfolgten Behandlungsversuche</b> (z.B. Kopien von Arztrechnungen oder Zuwendungsbescheiden)
<input type="checkbox"/>	<b>Beratungsbestätigung der Ärztin/des Arztes nach § 27a Abs. 1 Nr. 5 SGB V</b> (Vor der IVF-/ICSI-Behandlung ist eine Beratung über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung durch einen Arzt erfolgt, der die Behandlung nicht selbst durchführt.)

## 6. Erklärungen des Antragstellers

<input type="checkbox"/>	Wir bestätigen, dass wir uns in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft befinden (Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet.)
<input type="checkbox"/>	Die Vaterschaftsanerkennung wird bestätigt.
<input type="checkbox"/>	Wir bestätigen, dass mit der Behandlung noch nicht begonnen wurde. Als Behandlungsbeginn gilt das Einlösen eines mit der beantragten Behandlung in Zusammenhang stehenden Rezeptes. Der Zuwendungsbescheid bzw. die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmebeginns ist in jedem Fall abzuwarten. Behandlungsbeginn ist voraussichtlich am: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Wir wissen, dass wir verpflichtet sind, alle Änderungen, die für die Bewilligung und Höhe der Zuwendung von Bedeutung sind, sofort dem Kommunalen Sozialverband Sachsen mitzuteilen.
<input type="checkbox"/>	Wir bestätigen, dass wir neben der Förderung der gesetzlichen/privaten Krankenkasse, der Beihilfe/Heilfürsorge und dieser Zuwendung keine weiteren Mittel für die künstliche Befruchtung erhalten.

## 7. Einwilligungserklärungen

**Die nachstehenden Einwilligungserklärungen sind freiwillig und können jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

<input type="checkbox"/>	Mit der Unterschrift geben wir unsere Einwilligung dazu, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen bei den zuständigen Leistungsträgern (gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle, Heilfürsorgekostenträger etc.) Auskünfte über von dort bewilligten oder versagten Leistungen einholen darf, die im Zusammenhang mit diesem beantragten Behandlungsversuch stehen.
<input type="checkbox"/>	Mit der Unterschrift geben wir unsere Einwilligung dazu, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen bei den Reproduktionseinrichtungen und den Apotheken Auskünfte zur Behandlung in dem Umfang einholt, wie diese für die Bewilligung und Abrechnung der beantragten Zuwendung erforderlich sind. <b>Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:</b> <input type="text"/>

## 8. Datenschutz

Gemäß §4 SächsFöDaG weisen wir die Antragsteller auf die Weiterverarbeitung der im Antrag und dessen Anlagen formulierten personenbezogenen Daten hin. Die Antragsteller erklären mit ihrer Unterschrift, dass sie den Inhalt des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO zur Kenntnis genommen hat.

Wir erklären, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Sollten falsche Angaben gemacht werden, kann der Zuwendungsbescheid gemäß § 48 VwVfG zurückgenommen und die Zuwendung zurückgefordert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin

Unterschrift des Antragstellers

## **Hinweise zum Antrag auf einen Zuschuss zu einer Kinderwunschbehandlung**

### **Was wird gefördert ?**

Der Freistaat Sachsen und der Bund gewähren Zuwendungen zu den Kosten der Kinderwunschbehandlung im Wege der In-Vitro-Fertilisation (IVF) und der Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) im ersten bis vierten Behandlungszyklus.

### **Welche Voraussetzungen müssen bei der Antragstellung erfüllt sein?**

Sie können eine Zuwendung erhalten, wenn Sie

- die Behandlung noch nicht begonnen haben
- Wir bestätigen, dass wir uns in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft befinden eine nichteheliche Lebensgemeinschaft ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft leben und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.
- beide Partner im Freistaat Sachsen Ihren Hauptwohnsitz haben
- unabhängig vom Bestehen einer Ehe die Voraussetzungen des § 27 a SGB V erfüllen:
  - ärztliche Feststellung zur Erforderlichkeit der Behandlungsmaßnahmen
  - ärztliche Feststellung der hinreichenden Erfolgsaussicht der Kinderwunschbehandlung
  - ausschließliche Verwendung von Ei- und Samenzellen der Ehepartner
  - vorherige medizinische und psychosoziale Beratung bei einem nicht die Behandlung durchführenden Arzt
  - Alter der Frau zwischen Vollendung des 25. Lebensjahres und vor Vollendung des 40. Lebensjahres sowie Alter des Mannes zwischen Vollendung des 25. Lebensjahres und vor Vollendung des 50. Lebensjahres jeweils zu Beginn des jeweiligen Behandlungszyklus.
- die Behandlung in einer zugelassenen reproduktionsmedizinischen Einrichtung oder Praxis, die in Sachsen oder in einem an Sachsen angrenzenden Bundesland liegt, durchführen lassen. An Sachsen angrenzende Bundesländer sind Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg.

### **Was ist noch wichtig zu wissen ?**

Antragstellung und Behandlungsbeginn

Jede Maßnahme der assistierten Reproduktion ist vor Behandlungsbeginn gesondert zu beantragen. Ein Wiederholungsversuch nach abgebrochenem Behandlungsversuch ist gesondert zu beantragen.

Ihren Zuwendungsbescheid erhalten Sie nach Prüfung Ihres Antrags durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen.

Erst wenn Sie den Zuwendungsbescheid erhalten haben, dürfen Sie mit der Behandlung beginnen. Als Behandlungsbeginn wird das Einlösen von Rezepten angesehen, die in Zusammenhang mit dem beantragten Behandlungsversuch stehen.

Sollten Sie mit Ihrer Behandlung bereits vor der Erstellung des Zuwendungsbescheides beginnen müssen, ist es in besonders begründeten Einzelfällen möglich, einen schriftlichen Antrag auf vorzeitigen Maßnahmebeginn mit ausführlicher Begründung zu stellen. Die Genehmigung des vorzeitigen Maßnahmenbeginns ist in jedem Fall abzuwarten.

Die Beurteilung des Behandlungsbeginns erfolgt auf Grundlage der einzureichenden Belege.

Negativbescheid

Ein Negativbescheid wird durch Ihre gesetzliche Krankenkasse oder von Ihrer privaten Krankenversicherung bzw. von Ihrer Beihilfestelle/Heilfürsorgestelle ausgestellt. Der Negativbescheid bescheinigt, dass Sie hinsichtlich der geplanten Kinderwunschbehandlung keinen Leistungsanspruch haben.

## Zählweise der Behandlungen

Gezählt werden alle Behandlungen, die bisher durchgeführt wurden. Dazu gehören insbesondere die im Wege des bis zum 31.12.2018 geltenden Förderverfahrens durch den Freistaat Sachsen und des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) finanzierten Behandlungen sowie die in anderen Bundesländern geförderten Kinderwunschbehandlungen.

Maßgeblich für die Ermittlung des Behandlungsversuchs ist die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

## Wie hoch ist die Förderung?

Die Zuwendung beträgt für die erste bis dritte Behandlung bis zu 25 % und für die vierte Behandlung bis zu 50 % des verbleibenden Eigenanteils für die Behandlung. Er beträgt für die:

- erste, zweite und dritte IVF Behandlung jeweils bis zu 750,00 EUR
- erste, zweite und dritte ICSI Behandlung jeweils bis zu 900,00 EUR
- vierte IVF Behandlung bis zu 1.600,00 EUR
- vierte ICSI Behandlung bis zu 1.800,00 EUR

Sollten Sie von einer weiteren Stelle (Krankenkasse, Beihilfe oder Heilfürsorge) einen Zuschuss erhalten, so ist dieser dem Kommunalen Sozialverband Sachsen mitzuteilen und wird vor der Berechnung des verbleibenden Selbstkostenanteils abgezogen.

Grundlage der Berechnung der Zuwendungshöhe ist der im Antragsverfahren vorgelegte, von den gesetzlichen Krankenkassen genehmigte Behandlungs- und Kostenplan bzw. bei Privatversicherten und dem vierten Behandlungsversuch der aktuelle Kostenvoranschlag. Etwaige, den Behandlungs- und Kostenplan bzw. den Kostenvoranschlag übersteigende Ausgaben sind nicht zuwendungsfähig und können bei der späteren Abrechnung nicht anerkannt werden.

Nicht förderfähig sind Verwaltungskosten sowie Leistungen, die nicht im regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind.

## Bitte beachten Sie folgenden zeitlichen Ablauf für die Antragstellung:

1. Erstellung eines Kostenvoranschlages seitens der behandelnden Reproduktionseinrichtung
2. Einholung der Negativerklärung bzw. evtl. Kostenübernahmeerklärung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle/Heilfürsorge
3. Antragstellung beim Kommunalen Sozialverband Sachsen im Original mit Einreichung weiterer erforderlicher Antragsunterlagen
4. Erst nach Erhalt des Zuwendungsbescheides: Beginn der Behandlung und Einlösen von Rezepten
5. Antrag auf Auszahlung der Mittel (das Formular erhalten Sie zusammen mit dem Zuwendungsbescheid) mit allen Rechnungen, Zahlungsnachweisen und Belegen sowie dem Bestätigungsschreiben über eine eventuelle Kostenbeteiligung der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle/Heilfürsorge an den Kommunalen Sozialverband Sachsen
6. Berechnung der Zuwendung beim Kommunalen Sozialverband Sachsen mit anschließender Auszahlung der Förderung.

## Ansprechpartner:

Für Ihre Fragen steht Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen unter der Telefonnummer 0371-577 562 oder per E-Mail unter [assrepro@ksv-sachsen.de](mailto:assrepro@ksv-sachsen.de) zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite des Kommunalen Sozialverband Sachsen [www.ksv-sachsen.de](http://www.ksv-sachsen.de).

Dieses Formular steht Ihnen unter <https://www.ksv-sachsen.de/kinder-und-jugendliche/foerderung-von-familien/massnahmen-kuenstlichen-befruchtung> zum Download bereit. Demnächst steht Ihnen dieses Formular auch in einer beschreibbaren Version zur Verfügung.